Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
Direktor: Prof. Dr. Schrader.

1938

Die häufigsten Haftpflichtansprüche bei Kunstfehlern in der zahnärztlichen Praxis

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Werner Haberkorn
prakt. Zahnarzt aus Halle/S.

Halle (Saale)
1938

Carl Nieft, Buchdruckerei und Verlag, Bleicherode am Harz

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Schrader

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Hans Heinroth

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 12. 1938

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Übersichtsplan:

I. Einführung und Definition des Begriffes „Kunstfehler".

II. Haftpflichtansprüche wegen Kunstfehler in der zahnärztlichen Praxis.

Haftpflichtansprüche wegen:

1. verschluckter Wurzelbehandlungsinstrumente,
2. Aspiration von Wurzelkanalinstrumenten,
3. Aspiration von Kronen, Zähnen usw.,
4. Kanülenbruches bei Mandibularisanaesthesie,
5. Nachblutungen,
6. Schädigungen durch Bestrahlungen,
7. Schädigungen durch Medikamente,
8. Verletzungen durch Schleifinstrumente,
9. Kieferfrakturen.

III. Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153306_0147

Das Bedürfnis nach zahnärztlicher Behandlung ist in den letzten Jahrzehnten ungeheuer gestiegen. Die zahnärztliche Tätigkeit hat sich dadurch sehr vervollkommnet und erweitert. Es sind zahlreiche Instrumente, komplizierte Apparate und Behandlungsmethoden entwickelt worden. Hierdurch ist aber auch die zahnärztliche Tätigkeit in eine ständige Berührung mit rechtlichen Fragen gekommen. Dieses ergibt sich aus der Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherungsgesellschaften und aus den Gerichtsentscheidungen wegen sogenannter „Kunstfehler". Leider aber herrscht bei den meisten Zahnärzten über diese Fragen eine ziemliche Unkenntnis und auch eine falsche Vorstellung. Dabei müßte sich jeder eigentlich darüber klar sein, daß auch er leicht in eine solche Lage kommen kann, und daß diese für ihn in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht die schwersten Folgen zeitigen kann. In der Allgemeinpraxis ist die Unkenntnis dadurch zu erklären, daß dieses Gebiet auf den Hochschulen bisher nicht behandelt und auch im Schrifttum nur vereinzelt einmal beleuchtet wird. In den Fachzeitschriften und Büchern findet sich hin und wieder ein Bericht oder meist auch nur eine kurze Bemerkung über einen „besonderen" Fall. Dadurch kann nur zu leicht der Eindruck erweckt werden, es handele sich um seltene Fälle, die sich nicht sobald wiederholen werden, für den Allgemeinpraktiker daher auch nicht von Bedeutung sind, und über die man sich auch keine Gedanken weiter zu machen braucht. Wenn man sich aber einmal die Schadensfälle der Haftpflichtversicherungsgesellschaften im Zusammenhang vor Augen führt, muß man doch zu einem ernstlichen Nachdenken kommen.

Ich möchte daher im folgenden über einige Haftpflichtansprüche berichten, die häufig vorkommen und für jeden Praktiker von Bedeutung sind. Es kann selbstverständlich in diesem Rahmen nicht meine Absicht sein, das Thema auch nur annähernd erschöpfend zu behandeln. Ich will nur eine kurze Zusammenstellung aus dem zahlreichen Material bringen, das mir von verschiedenen Versicherungsgesellschaften zur Verfügung stand und zum größten Teil bisher noch nicht veröffentlicht ist.

Der Begriff „Kunstfehler" ist kein gesetzestechnischer und daher auch kein einheitlicher. Jeder versteht beinahe etwas anderes darunter, so daß über diesen Begriff eine große Verwirrung herrscht. Am meisten wird der Begriff vom Mediziner gebraucht. Aber auch im medizinischen Sprachgebrauch ist der Kunstfehler zu keinem einheitlichen und festen Begriff geworden.

So sagte z. B.:

Virchow (Ges. Abhandl. aus dem Gebiet d. öff. Med. Berlin 1879, II., S. 514.):

Der Kunstfehler ist eine fahrlässige Verletzung allgemein anerkannter Regeln ärztlicher Wissenschaft.

Ritter (Deutsches Zahnärzte Recht. Berlin. Verlagsanstalt 1930, S. 102):

Der medizinische Begriff des Kunstfehlers ist dem juristischen Begriff „Körperverletzung" gleichzusetzen.

Haberland (Juristische Wochenschrift 1932, S. 3305):

Jede Komplikation, jedes Mißgeschick in der ärztlichen Behandlung ist ein Kunstfehler.

König (Monatsschr. d. Unfallk. 1935, S. 225):

Der Kunstfehlerbegriff ist auf grundsätzlich therapeutische Regeln zu beschränken.

Wenn man von einer so weitgefaßten Begriffsbestimmung ausgehen wollte, dann würde es in der Medizin überhaupt keine Behandlungsmethode geben, die nicht auch als Kunstfehler bezeichnet werden könnte. Besonders wird auch der Begriff „Kunstfehler" von wirklich und angeblich Geschädigten und deren Rechtsanwälten in ihren Schriftsätzen bei Haftpflichtansprüchen ausgeweitet. Im reinen juristischen Schrifttum gibt es auch keine einheitliche Begriffsbestimmung.

Eine anschauliche Begriffsbestimmung des Kunstfehlers hat neuerdings Loos gegeben (DZW 1935, S. 128):

„Heute, wo wir täglich von gerichtlichen Entscheidungen über die Schuldfrage bei Verkehrsunfall unterrichtet werden, ist der Begriff „richtiges Fahren und Gehen" durchaus Gemeingut geworden. Die Verkehrsordnung gibt die Richtlinien, nach denen das Verhalten der beiden Parteien beurteilt wird. Der Verstoß gegen die Verkehrsordnung, das fahrlässige Außerachtlassen ihrer Vorschriften entspricht genau dem „Kunstfehler", d. h. dem Außerachtlassen der Regeln sachgemäßer und sorgfältiger Behandlung."

Da nun aber zwischen einer kunstgerechten und einer „auch gelungenen" Behandlung eine große Spanne von Möglichkeiten liegt, ist es erklärlich, daß ein Fachmann durchaus ein Verfahren oder ein

Vorkommnis als Kunstfehler bezeichnen kann, was rechtlich gesehen keinen Kunstfehler darstellt, weil kein Verstoß gegen allgemeine Regeln der Zahnheilkunde oder eine Fahrlässigkeit vorliegt, die aber zur Begründung eines zivilrechtlichen Schadensersatzanspruches oder zur Einleitung eines Strafverfahrens notwendig sind. Zur zivilrechtlichen Inanspruchnahme eines Zahnarztes muß zu dem Kunstfehler noch ein Verschulden hinzukommen und der Schaden in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Kunstfehler stehen. Nach § 276 BGB gilt als zivilrechtliche Fahrlässigkeit das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt.

Reichsgerichtsentscheidungen Zivils. Band 78, S. 435:
„Auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Präzision einer Maschine. Trotz aller Fähigkeiten und Sorgfalt des Operateurs kann ein Griff, ein Schnitt oder Stich mißlingen, der regelmäßig auch diesem Operateur gelingt."

Das Reichsgericht hat wiederholt ausgesprochen, daß die Unmöglichkeit, die Ursache der Verletzung eines Patienten festzustellen, nicht zu Lasten des zu behandelnden Arztes gehen dürfte. Das RG hat allerdings im Jahre 1925 in einer Entscheidung bemerkt, dieser Grundsatz müsse mit Vorsicht gehandhabt werden. „Immer ist zu prüfen, ob die jeweilige Sachlage einen Anhalt dafür gewährt, daß ein schuldhaftes Verhalten des Arztes vorliege, das nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet ist, die Verletzung der Kranken hervorzurufen, und ob dieser Anhalt ein so starker ist, daß eine Unmöglichkeit der Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges nicht mehr angenommen werden kann." (Vgl. Juristische Rundschau 1926 S. 1252 Nr. 1678.)

Reichsgerichtsurteil vom 22. 6. 1909, Seuff. Arch. 67, Nr. 57:
„Nach allgemeiner Erfahrung kann vom Arzt nicht erwartet werden, daß seine Anordnungen, auch auf chirurgischem und operativem Gebiet liegende, unbedingt sachgemäß ausfallen und durchaus Gewähr für schnelle und volle Heilung geben, vielmehr kommen in der sorgfältigsten ärztlichen Praxis Fehler und Unrichtigkeiten vor."

Beim Anspruch gegen einen Arzt wegen eines angeblich begangenen Kunstfehlers muß nach den Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 69 S. 434; RG 18. 5. 27. JW. 28, S. 2213 (vgl. Warneyer BGB Anm. 68 zu § 276) der Beweis des ersten Anscheines gegen den Arzt (prima facie-Beweis; typischer Geschehensablauf) schon dann zu Gunsten des Arztes als entkräftet gelten, wenn dieser auch nur die Wahrscheinlichkeit eines Gesamtherganges dartut, in dem kein ursächliches Verschulden auf seiner Seite zu erblicken ist.

Außerdem kann ein Zufall vorliegen, der ja auch in der Regel eine Haftung ausschließt. Nach § 276 BGB haftet vertraglich der Schuld-

ner nur für Vorsatz und Fahrlässigkeit, nicht für Zufall. Zufall ist ein Ereignis, das vom Handelnden nicht verschuldet ist und von ihm auch bei Anwendung der allgemein erforderlichen Aufmerksamkeit nicht vorausgesehen werden konnte.

Voraussetzung für einen zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch oder andererseits für eine strafrechtliche Belangung des Zahnarztes ist, daß wirklich ein Schaden entstanden ist und ein Verschulden vorliegt.

Dieses strafrechtliche Verschulden kann nun vorsätzlich oder fahrlässig sein. Eine vorsätzliche Verletzung des Patienten dürfte wohl im allgemeinen in einer zahnärztlichen Praxis nicht in Frage kommen, so daß in der Reegel immer nur Fahrlässigkeit vorliegen wird. „Fahrlässig im strafrechtlichen Sinne handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist und infolgedessen entweder nicht voraussieht, daß sich der Tatbestand der in Frage kommenden strafbaren Handlung verwirklichen kann, oder, obwohl er dies für möglich hält, darauf vertraut, daß es nicht geschehen werde." (Ebermayer, Der Arzt im Recht.)

Die häufigsten Schadensfälle, die den Versicherungsgesellschaften gemeldet werden, sind auf das **Entgleitenlassen einer Nervnadel oder anderer spitzer Wurzelbehandlungsinstrumente** zurückzuführen. Nach Angabe der Versicherungsgesellschaften gehen allerdings zum Glück in den meisten Fällen die verschluckten Instrumente auf natürlichem Wege wieder ab, ohne einen Schaden verursacht zu haben. Dieses wird auch von Oppikofer (Basel) in der Schweiz. med. Wochenschrift 1934, Nr. 28 und von Amersbach in der ZR 1932, Nr. 47 bestätigt. Der Patient hat daher außer der einige Zeit ausgestandenen seelischen Angst keinen ernstlichen Schaden weiter erlitten. Dadurch halten sich auch die Ersatzansprüche in diesen Fällen, bei denen es sich also nur um ein Schmerzensgeld handeln kann, in einem kleinen Rahmen.

Anders liegen dann aber die Fälle, bei denen Komplikationen eintreten oder es zur Aspiration der entglittenen Nadeln kommt. Ich möchte nun einige Vorkommnisse darlegen.

Fall 1 (Induna-Germania):

Durch Verschlucken einer Nervnadel mußte sich Frl. M. aus B. einer schweren Darmoperation unterziehen. Später stellte sich als Komplikation eine Bauchfellentzündung ein. Der Zahnarzt hatte die Nervnadel im Zahn steckenlassen, um vom Schwebetisch eine Pinzette zu nehmen. Durch eine Reflexbewegung der Patientin sprang die Nadel aus der Wurzel und wurde verschluckt. Vor Gericht kam es zu einem Vergleich. Der Patientin mußten RM. 2 500.— gezahlt werden. Die Schuldfrage kam hier

garnicht weiter zur Erörterung, weil das Gericht von vornherein als erwiesen annahm, daß der betreffende Zahnarzt die erforderliche Sorgfalt dadurch außer acht gelassen hat, daß er die Nadel im Zahn ließ, als er andere Instrumente zur Weiterbehandlung holte.

Da mir weitere Einzelheiten dieses Falles nicht bekannt sind, kann ich zu keiner genauen persönlichen Stellungnahme kommen. Es wäre aber immerhin daran zu denken, ob man diesen Fall nicht doch zu den unglücklichen Zufällen rechnen könnte. Wahrscheinlich ließ der Zahnarzt die Nadel im Zahn stecken, um sie erst mit der vom Schwebetisch zu holenden Pinzette wieder zu entfernen. Es liegt daher die Vermutung nahe, daß sich die Nadel festgeklemmt hatte und mit den bloßen Fingern nicht ohne weiteres zu entfernen war. Der Zahnarzt hat also dann nicht voraussehen können, daß durch eine Bewegung der Patientin die Nadel herausfallen konnte.

Fall 2 (Iduna-Germania):

Bei der Behandlung eines unteren Backenzahnes der Frau W. aus B. entglitt dem Zahnarzt die Nervnadel. Eine im Krankenhaus angefertigte Röntgenaufnahme ließ die Nadel im Zwölffingerdarm erkennen. Der Darm war bereits perforiert. Die Nadel wurde auf operativem Wege entfernt. Die Patientin hatte noch längere Zeit Nachwirkungen. Da der Zahnarzt der Patientin, nachdem sie die Nadel verschluckt hatte, lediglich anheimgestellt hatte, sie solle sich in spezialärztliche Behandlung begeben, glaubte die Versicherungsgesellschaft sich auf gütlichem Wege mit der Patientin einigen zu müssen. Die Versicherungsgesellschaft erwartete, daß das Gericht die vom Zahnarzt ergriffenen Maßnahmen als nicht ausreichend bezeichnen würde. Sie hat daher die Forderung der Patientin in Höhe von RM. 1 300.— anerkannt.

Wichtig ist im Anschluß an diesen Fall die Erkenntnis, daß in diesem Zusammenhang nicht nur das Entgleitenlassen einer Nadel an sich allein schon als Fahrlässigkeit angesehen zu werden braucht, sondern, daß es weiterhin eine schwere Fahrlässigkeit darstellt, wenn der betreffende Zahnarzt außerdem unzulängliche oder womöglich gar keine Maßnahmen ergreift, um den gefahrdrohenden Umstand möglichst schnell und sicher zu beseitigen. Man muß also in dem letzten Fall wohl eine Fahrlässigkeit annehmen, denn der Zahnarzt hätte auf eine sofortige fachärztliche Untersuchung und Behandlung dringen müssen.

Fall 3 (Iduna-Germania):

Auch dieser Fall erscheint mir wegen der grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf die Schuldfrage interessant. Frl. M. verschluckte eine Nervnadel. Der Zahnarzt veranlaßte sofort eine spezialärztliche Untersuchung. Im Röntgenbild ist die Nadel sichtbar, sie hat offenbar den Magen passiert und sitzt im oberen Dünndarm. Bei der Operation wird die Nadel entfernt. Sie hatte die Darmwand mit der Spitze bereits perforiert. Das spiralige Nadelende steckte aber noch in der Darmwand fest. An der Perforationsstelle hatte sich ein fünfmarkstückgroßer Herd gebildet. Die

Rechtslage war nach Ansicht der Versicherungsgesellschaft auch in diesem Falle völlig klar, da die Sachverständigen in der letzten Zeit fast einstimmig auf dem Standpunkt stehen, daß in allen Fällen die Wurzelbehandlungsinstrumente zu sichern sind. Die Versicherungsgesellschaft hat daher, da die Nadel in diesem Falle nicht gesichert war, den Ersatzanspruch ebenfalls anerkannt und RM. 900.— für Operationskosten und RM. 2 618.— als Entschädigung gezahlt.

Ich lasse jetzt, bevor ich zur Frage der Nadelsicherung selbst Stellung nehme, einige diesbezügliche Gutachten, z. T. wörtlich folgen.

Fall 4 (Hoenig, DZW 1935, S. 272/273):

Gutachten in Sachen der X-Krankenkasse gegen den Zahntechniker Y: „Es handelt sich im wesentlichen um die Beantwortung der Frage, ob die Anwendung von Pulpenextraktoren ohne langen Griff oder die Anwendung von Pulpenextraktoren unter Außerachtlassung sonstiger Schutzmaßnahmen, wie Spanngummi, Fadenbefestigung usw. als Fahrlässigkeit des Behandelnden zu bewerten ist. Wie es sich aus diesem vorliegenden Streitfall ergeben hat, gehen die Ansichten der Gutachter in der Beurteilung dieser Fragen weit auseinander, was um so bedauerlicher ist, wenn man bedenkt, daß es

1. tatsächlich Maßnahmen gibt, die die Gefahr der Inspiration oder des Verschluckens einer Nadel ausschalten oder mindestens auf ein Minimum herabsetzen und
2. die sich aus einem solchen Unfall ergebenden Komplikationen so weittragend sein können, daß das Leben des Patienten bedroht ist.

Zu den unter 1. angedeuteten Maßnahmen ist zunächst zum Spanngummi Stellung zu nehmen. Im Gegensatz zu den Gutachtern Dr. X und Dr. Y und in Übereinstimmung mit Dr. Z bin ich der Ansicht, daß ein ordnungsgemäß angelegter Spanngummi ein Verschlucken von Instrumenten unmöglich macht. Voraussetzung ist natürlich, daß der Spanngummi die ganze Mundhöhle bedeckt. Die Anlegung von Spanngummi im Bereich der Frontzähne ist fast stets möglich, während sie im Bereich der Backenzähne nicht immer durchführbar ist und besonders bei ängstlichen Kindern auf Widerstand stoßen kann. Nun soll zugegeben werden, daß die allgemeine Anwendung von Spanngummi nicht in jeder Praxis durchführbar ist. Was in einer Privatpraxis durchaus möglich ist, verbietet sich in einer Kassenpraxis aus Mangel an Zeit. Generell kann man daher einem Operateur aus dem Nichtanlegen von Spanngummi keinen Vorwurf machen, im besonderen nicht, wenn Hinderungsgründe angeführter Art vorliegen.

Anders liegen aber die Verhältnisse bei zu treffenden Maßnahmen, die die Gefahr auf ein Minimum herabsetzen. Ich schließe mich daher voll und ganz den Ansichten der Gutachter Dr. X, Y und Z an. Das Arbeiten mit kurzen Spiralnadeln ohne Nadelhalter ist im Bereich der großen Backenzähne mit Bezug auf Verschlucken oder Inspiration dieser Nadeln seitens des Patienten so hochgradig gefahrvoll, daß es meiner Ansicht nach als Fahrlässigkeit zu werten ist, wenn sich der Operateur nicht eines Nadelhalters bedient. Der Einwand, daß die Anwendung von Nadelhaltern oder Extraktoren mit langen Griffen technisch im Bereich der Backenzähne nicht immer möglich ist, ist richtig. In solchen Fällen muß dann aber der Operateur angesichts der schweren Gefahrenmomente für den Patienten sich entweder der sogenannten Amputationsmethode bedienen,

oder aber, wenn dies der betreffende Krankheitsfall verbietet, muß er Spanngummi anlegen, resp. eine Sicherung des Extraktors durch Fadenbefestigung herbeiführen. Im Interesse der Sicherheit des Patienten müssen Kompromisse energisch abgelehnt werden. Es mag jedem überlassen bleiben, ob er auf Grund seiner persönlichen Geschicklichkeit glaubt, diese Vorsichtsmaßnahmen außer acht lassen zu können. Es muß aber dem Behandelnden stets zum Bewußtsein kommen, daß im Falle des Eintretens eines Unglücksfalles ihm zweifellos eine Schuld beizumessen ist, wenn er Vorsichtsmaßnahmen außer acht gelassen hat. Von einem Zufall könnte nur dann die Rede sein, wenn trotz dieser Maßnahmen ein Verschlucken oder Aspirieren der Nadel eintreten würde. Gerade der Umstand, daß das Verschlucken resp. Aspirieren der Nadel die allerschwersten Folgen für den Patienten zeitigen kann, verpflichten den Zahnarzt zu einer erhöhten Sorgfalt. Gerade diese schweren Folgen für den Patienten, die sich sogar tödlich auswirken können, machen es dem Gutachter zur Pflicht, einen klaren und scharfen Standpunkt in dieser Frage einzunehmen."

Fall 5 (OLG III Hamburg [20. IV. 26.] Bf. 4/26 und 57/26):
In diesem Falle konnte die verschluckte Nervnadel, trotz Röntgenaufnahme und sofortigen operativen Eingreifens, nicht gefunden und entfernt werden.

Der Sachverständige nahm die gleiche Einstellung ein, wie im Fall 4. Das Gericht kam daher zu einer Verurteilung des betreffenden Zahntechnikers.

Zu dieser letzten Entscheidung nahm damals auch Hesse (Jena) Stellung. Dieser führte u. a. aus:

„Das Gericht hat sich aber auf den Standpunkt gestellt, daß der Zahnbehandelnde, falls er sich auf seine Geschicklichkeit und Sicherheit verläßt und Vorsichtsmaßnahmen unterläßt, fahrlässig handelt und damit bei Mißgeschicken verurteilt werden muß. Bei den Hunderttausenden von Pulpenbehandlungen, die täglich ohne Gummi, ohne Nervnadelhalter und zwar auch ohne Verschlucken der Nervnadel ausgeführt werden, ist es doch fraglich, ob obiges Ereignis nicht unter die unglücklichen Zufälle einzureihen war. Das Oberlandesgericht hat im Sinne einer Fahrlässigkeit entschieden, und diese Entscheidung ist um dessentwillen wichtig, weil in erster Linie das Anlegen von Gummi bei Pulpenbehandlung verlangt wird. Die Verwendung des Spanngummi, das Abschließen des Operationsfeldes von der Mundhöhle wird auch auf allen Universitäten gelehrt und gefordert, nicht nur, um Unglücksfälle zu vermeiden, sondern um möglichst aseptisch behandeln zu können. Immer und immer wieder wird gegen dieses souveräne Hilfsmittel verstoßen, und diese Tatsache hat mich schon des öfteren als Sachverständigen veranlaßt, bei Prozessen die Nichtanwendung von Spanngummi als Unterlassung zu bezeichnen."

In diesem Zusammenhang wird also nun immer wieder die Frage akut, ob die Nichtanwendung von Sicherungs- und Vorbeugungsmitteln gegen das Entgleiten und Verschlucken von Wurzelbehandlungsinstrumenten eine Fahrlässigkeit des behandelnden Zahnarztes darstellt. Tatsache ist, daß es theoretisch eine ganze Reihe von Sicherungs- und Vorbeugungsmitteln gibt. An den Universitäten werden diese aber durchaus nicht alle und eindeutig gelehrt. In der Allgemeinpraxis hat sich nach meinen Erfahrungen wegen der damit ver-

bundenen Unzuträglichkeiten, Behinderungen und z. T. auch wegen ihres zweifelhaften Wertes nicht ein einziges durchgesetzt. Es arbeiten wohl heute noch die meisten Zahnärzte ohne Anwendung eines derartigen Sicherungsmittels. Auch haben nach meinen Erfahrungen bisher alle Gutachter anerkennen müssen, daß jede dieser Sicherungsmaßnahmen nicht in allen Fällen angewandt werden kann. Trotzdem haben sich in den Schadensersatzprozessen der letzten Zeit die vom Gericht zu Rate gezogenen Gutachter, im Gegensatz zu früheren Gutachtern: Prof. M. A. (Gutachten vom 15. 8. 1927. Dent. Rechtskunde, S. 1225), Ritter (Deutsches Zahnärzte Recht 1930, S. 49, 106 und 119) und Bauer (Zeitschr. f. Stomat. 1932, S. 282) eindeutig auf den Standpunkt gestellt, daß unter allen Umständen, insbesondere aber bei der Behandlung von Molaren, die Nervbehandlungsinstrumente zu sichern sind.

Aus diesem Grunde lassen es heute die Versicherungsgesellschaften z. T. bei diesen Fällen nicht mehr zur Klage kommen, sondern versuchen sich auf gütlichem Wege mit den Patienten zu einigen. Es ist daher verständlich, daß eine Versicherungsgesellschaft mir in diesem Zusammenhang schrieb: „Das Entgleitenlassen von Nervnadeln oder ähnlicher Instrumente kommt sehr häufig vor. Es ist daher an der Zeit, daß auf den Universitäten nicht nur theoretisch die Verwendung von Sicherungsinstrumenten gelehrt, sondern auch darauf gedrungen wird, daß diese Sicherungsmaßnahmen im vollen Umfang auch in der Praxis Anwendung finden."

Welche Sicherheitsmaßnahmen gegen das Entgleiten und Verschlucken von Wurzelbehandlungsinstrumenten gibt es nun eigentlich?

1. Das Mundtuch.

Zunge und Schlund sollen mit einem Tuch abgedeckt werden. In der Praxis findet dieses Hilfsmittel wohl nirgends mehr eine Anwendung. Denn bei der Benutzung muß es beinahe unvermeidlich zu Schluck- und Brechreizen kommen. Hierdurch wird dann jede sachgemäße Wurzelbehandlung unmöglich. Ich möchte beinahe behaupten, daß bei Verwendung dieses sogenannten Schutzmittels die Gefahr eines Entgleitens der Behandlungsinstrumente vergrößert wird und muß daher diese Sicherung ablehnen.

2. Die Fadensicherung.

Die Nervnadel wird an einem Zwirns- oder Seidenfaden befestigt. Diese Sicherung gibt auch keinen absoluten Schutz, da der Faden beim Feuchtwerden sehr leicht abgleiten kann. Außerdem kann sich der Faden an den anderen Zähnen, an den Watterollen usw. verfangen und dadurch die Behandlung beeinträchtigen.

Auch ist mir ein Fall bekannt geworden, wo trotz einer solchen Fadensicherung die Nadel mit dem Faden verschluckt wurde:

Fall 6 (Iduna-Germania):

Das Ende des Fadens war lose um den kleinen Finger gewickelt und infolge starken Speichelflusses hatte es sich gelöst. In diesem Falle ging die Nadel glücklicherweise auf natürlichem Wege ab.

Ich muß daher auch diese Art der Sicherung als ungenügend bezeichnen und ablehnen.

Besser und brauchbarer erscheint schon die modifizierte Fadensicherung nach Taubert (Z.R. 1934, Nr. 28, S. 1144). Die Nervnadel wird am Spiralgriff doppelseitig leicht eingekerbt und an dieser Stelle ein Doppelfaden befestigt. Dieser soll ungefähr 20 cm lang sein und am Ende eine haselnußgroße Perle oder dergleichen als Gegengewicht haben. Diesen Faden kann man dann zum Munde heraushängen lassen. Er wird durch das Gegengewicht immer nach unten gezogen und soll so ein Verschwinden der Nadel verhindern. Jedoch dürfte auch diese Sicherung sich in einer größeren Praxis nicht regelmäßig anwenden lassen.

Neuerdings wird von der Firma A. Ackermann in Göppingen eine Nervnadel unter der Bezeichnung „Adaco-Sic" herausgebracht. Diese hat fabrikmäßig am Ende des Spiralgriffes eine Oese, so daß hier verhältnismäßig leicht und gut eine Fadensicherung anzubringen ist.

3. Die Kettchen-Sicherung.

Diese ist wohl am meisten bekannt und verbreitet. Die Nadel wird mit ihrem Spiralgriff durch ein Schräubchen in einer Führungsschiene befestigt, an deren Ende sich ein Kettchen befindet. Am anderen Kettenende ist ein Ring, der auf einen Finger gesteckt werden kann. Diese Sicherung kann wohl ein Entgleiten der Nadel mit großer Sicherheit verhindern, hat aber für die Behandlung selbst erhebliche Nachteile. Die Nervnadel wird durch die Verschraubung nicht unbeträchtlich verlängert, so daß gerade bei der Molarenbehandlung oft Schwierigkeiten, wenn nicht sogar Behandlungsunmöglichkeit eintreten. Da der Patient weiterhin den Mund oft wird extrem öffnen müssen, ist auch beim Nachlassen des Mundöffnens die Bruchgefahr für die Nadel eine sehr große.

Eine ähnliche Konstruktion hat auch die Antaeos-Sicherung.

4. Die Nadelhalter.

Diese Nadelhalter sind ausschließlich nur für die langen Nervnadeln zu gebrauchen. Außerdem ist wohl auch gerade bei den Hal-

tern der für eine Wurzelbehandlung erforderliche Tastsinn am meisten ausgeschaltet.

5. Der Spanngummi.

Der Spanngummi hat wohl eigentlich eine andere Aufgabe. Seine Anlegung wird auf den Universitäten gelehrt und verlangt, um eine Infektion der Wurzelkanäle durch Speichel, die bei dem doch wesentlich langsameren Arbeiten der Studenten möglich wäre, zu vermeiden, oder um das Operationsfeld trocken und übersichtlich zu halten, z. B. bei Gold- und Silikatfüllungen. Da die Anbringung für den Patienten sehr lästig und seine Anwendung in vielen Fällen auch eine technische Unmöglichkeit darstellt, ist seine ständige Verwendung wohl eine zu weitgehende Forderung. Durch sein Anlegen kann auch nach meiner Überzeugung, wie ich später noch ausführen werde, ein Verschlucken oder ein Aspirieren der Wurzelbehandlungsinstrumente nicht ausgeschaltet, sondern höchstens etwas herabgesetzt werden. Hinzu kommt weiter, daß in einer Kassenpraxis die Spanngummiverwendung auch zeitlich und geldlich kaum tragbar erscheint.

Es ist auch schon ein Fall beschrieben worden, wo die Klammern, die den Spanngummi zu halten haben, abgerutscht und verschluckt worden sind (Szekely, Korrespondenzblatt f. Zahnärzte, 1928, Heft 1/2).

6. Außer den eben angeführten Sicherungen gibt es noch einige, die aber wohl kaum dem Namen nach bekannt sein dürften und von deren Existenz die wenigsten Zahnärzte schon einmal etwas gehört haben. Dies beweist also schon, daß ihre Konstruktion ungefügig oder umständlich, ihr Gebrauch daher auch nicht einzuführen ist. Ich lasse die Namen einiger folgen:

Antaeosdrehhalter,
Nervnadelhalter der Automaton-Gesellschaft,
Nervnadelhalter für Winkelstück der Fa. Kaltenbach und Vogt,
Nervnadelhalter Pulpex,
Sturmsche Nadelpinzette u. a.

7. Sicherung der Nervnadel durch Halten mit beiden Händen (Dierksen, Z.R. 1934, S. 375):

„Die rechte Hand hält die Nadel am Griff und dreht sie. Gleichzeitig umfaßt man mit zwei Fingern der linken Hand den mittleren Teil der Nadel, so daß sich die Nadel zwischen den beiden Fingern der linken Hand dreht."

Auch diese sogenannte Sicherung trägt in sich ja schon die Anzeichen, daß sie kaum Schutz bieten und wohl auch nur selten einmal angewandt werden kann. Auch dürfte diese Maßnahme vor Gericht wohl kaum als eine Sicherung Anerkennung finden.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß ich den Standpunkt der Sachverständigen, die in allen Fällen die Wurzelbehandlungsinstrumente gesichert sehen wollen, nicht teilen kann. Es ist ohne Zweifel richtig, daß keine Mittel unterlassen werden dürfen, die dem Schutze unserer Patienten dienen. Jedoch dürfen diese Maßnahmen, die ja doch wohl alle keinen absoluten Schutz bieten, andererseits auch die Behandlung in keiner Weise beeinträchtigen, denn sonst ist ja der Gewinn nur scheinbar. Ich halte es durchaus für angebracht, daß auf den Hochschulen Sicherungs- und Vorbeugungsmittel gelehrt und auch die Studenten angehalten werden, mit diesen Sicherungen zu arbeiten. Auch in der Praxis werden diese in besonders gelagerten Fällen zur Anwendung kommen müssen, aber jede Wurzelbehandlung unter derartigen Maßnahmen durchzuführen, halte ich für zu weitgehend und in einer Kassenpraxis für völlig untragbar. Man muß einem Zahnarzt in der Praxis zutrauen, ein Wurzelbehandlungsinstrument sorgfältig und gefahrlos, auch bei plötzlichen Einwirkungen von seiten des Patienten, zu gebrauchen. Es müssen ja eine ganze Reihe zahnärztlicher Verrichtungen ohne Schutzmaßnahmen durchgeführt werden, die die gleiche Gefahr eines Verschluckens oder Aspirierens mit sich bringen und gegen die es keine Sicherungen gibt und die auch von den Gutachtern allgemein als üble Zufälle bezeichnet und bewertet werden.

Sehr interessant und wichtig wäre es daher, einmal festzustellen, welche Ursachen für das Entgleiten der Nadeln in den einzelnen Fällen tatsächlich vorgelegen haben. Leider ist mir diese Feststellung nicht möglich gewesen, obwohl ich sie für die sachverständige Beurteilung dieses ganzen Fragenkomplexes für wichtiger halte als die Tatsache, ob die Nadel gesichert war oder nicht. Leider sind aber wohl auch bisher in dieser Richtung noch keine Erhebungen gemacht worden. Nach meiner Ansicht kommt es nämlich im wesentlichen weniger auf eine Sicherung als vielmehr auf die Handhabung der Instrumente an. Ich glaube, daß in den wenigsten Fällen die Ursache des Entgleitens der Nadel durch eine krasse Einwirkung des Patienten oder durch eine Ungeschicklichkeit des Zahnarztes eingetreten ist; da man ja doch wohl in allen Fällen schon bei den vorausgegangenen Behandlungen feststellen konnte, ob es sich um einen ruhigen und vernünftigen Patienten handelt oder nicht. Hiernach wird dann jeder gewissenhafte Zahnarzt schon von vornherein seine Behandlung einrichten.

Ich glaube vielmehr, daß die starke Federung unserer Wurzelbehandlungsinstrumente und — infolge des Nichtbeachtens dieser Federkraft — eine unbewußte falsche Zuhilfenahme von anderen ungeeigneten Instrumenten als Ursache anzunehmen ist. Ich habe schon

wiederholt beobachtet, daß besonders bei der Behandlung von unteren Molaren versucht wird, die Nervnadel mit Hilfe einer Pinzette einzuführen oder auch umgekehrt eine festgeklemmte Nadel zu entfernen (siehe auch Fall 1). Da nun aber bei längerer Benutzungsdauer sich beim Schließen die Pinzettenschenkel nicht mehr genau decken, muß es durch den Druck beim Schließen der Pinzette zu einem Herausschleudern der Nadel aus der Pinzette kommen, oder aber die Nadel trifft beim Einführen nicht gleich auf den Kanal, so daß sie infolge ihrer Flexiblität selbst fibriert und aus der Pinzette springt. In beiden Fällen würde es dann nicht bloß zu einem Entfallen kommen, sondern die Nadel würde direkt mit Gewalt fortgeschleudert. Kommt sie dabei in den Rachen, wird sie meist durch den ausgelösten Reflex sofort verschwunden sein. Ebenfalls kann es bei sonst richtiger Benutzung zu einem Abspringen aus den Fingern kommen, wenn der Patient den Mund nicht weit genug öffnet oder die Nadel aus anatomischen Gründen nicht gerade aufgesetzt werden kann und es dadurch wieder zu einem federnden Ansetzen der Nadel an dem Zahn kommt. In diesen Fällen dürfte dann nach meiner Auffassung auch der Spanngummi kaum ein Verschwinden der Nadeln verhindern können.

Der beste Schutz besteht daher darin, daß der Zahnarzt ständig für eine gute Öffnung des Mundes, gegebenenfalls mit mechanischen Hilfsmitteln — senkrecht zwischen die Zahnreihen gestellter Mundspiegel oder Stahlfinger —, und für absolut trockene Finger sorgen muß. Wenn dann außerdem noch die Stuhleinstellung so gewählt wird, daß der Patient etwas nach vorn gebeugt sitzt und er noch selbst über die vorzunehmende Behandlung und deren Gefahren aufgeklärt wird, damit auch er von sich aus alles tut, um die Gefahrenmomente auszuschalten, dürfte eine ordnungsgemäße Behandlung, die auch für den Patienten in keiner Weise lästig ist, gewährleistet sein. Die Gefahr des Entgleitens von Behandlungsinstrumenten ist dann auf ein Minimum, also auf unglückliche Zufälle reduziert. Es ist daher wohl nicht angängig, jede Nichtanwendung einer der doch z. T. fraglichen Sicherungen ohne weiteres als Fahrlässigkeit anzunehmen und ihre ständige Anwendung kategorisch zu fordern.

Ich würde einem Zahnarzt nur dann die Nichtanwendung einer Sicherung als Fahrlässigkeit auslegen, wenn von vornherein eine besondere Vorsicht angezeigt war. Eine ähnliche Einstellung zeigt auch Amersbach. Dieser führte u. a. in der Z.R. 1932, Nr. 47 aus:

„Das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luft- oder Speisewege bei zahnärztlichen Maßnahmen kann an sich, sofern nicht grobe Fahrlässigkeit vorliegt, dem Zahnarzt unter keinen Umständen zum Vorwurf gemacht werden. Bei den unendlich häufigen Eingriffen in der

Mundhöhle auch mit kleinen, schwer zu haltenden Instrumenten müssen diese ja in einem gewissen Prozentsatz der Fälle der Hand entgleiten und wiederum in einem gewissen Prozentsatz dieser Fälle verschluckt oder auch aspiriert werden. Aus dem weiteren Verhalten allerdings kann sich für den Zahnarzt leicht eine schwierige Situation ergeben, wenn er nämlich die nötige Ruhe nicht bewahrt und die erforderlichen Maßnahmen nicht sofort ergreift."

Wenn man weiterhin meine Annahme, daß heute noch die Mehrzahl der Zahnärzte ohne Sicherungs- und Vorbeugungsmittel arbeitet, als allgemein richtig annimmt (meine Feststellung beruht natürlich nur auf der Verallgemeinerung einer in einem verhältnismäßig eng begrenzten Bezirk gemachten Erhebung), dann dürfte auch meine dargelegte Ansicht durch die Praxis gestützt werden. Bei den unzähligen täglich durchgeführten Wurzelbehandlungen müßten sonst doch wesentlich mehr Zwischenfälle vorkommen.

Weit unangenehmere Folgen als durch das Verschlucken von Wurzelkanalinstrumenten können durch die **Aspiration** eintreten. Obwohl im zahnärztlichen Schrifttum öfter Aspirationen beschrieben wurden, z. B. berichtet v. Eicken in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 65, Heft 11 über 6 Fälle und Bauch in seiner Arbeit „Über Aspiration und Verschlucken von Wurzelkanalinstrumenten und deren Verhütung" über 16 Fälle, konnte ich in den mir zur Verfügung stehenden Unterlagen der Versicherungsgesellschaften auch nicht einen Fall feststellen. Die Iduna-Germania, bei der wohl ein großer Teil der Zahnärzte versichert ist, schrieb mir auch in diesem Zusammenhange: „Zum Glück ist uns noch kein Schaden gemeldet worden, bei welchem Wurzelbehandlungsinstrumente in die Lungenorgane gerieten." Ich glaube daher im Gegensatz zu Bauch doch, daß diese Fälle seltener sind, bzw. die Entfernung der aspirierten Nadeln leichter ist und es daher weniger zu Komplikationen und somit auch zu Haftpflichtansprüchen kommt. Im übrigen gilt hier sonst fast genau dasselbe wie bei dem Verschlucken von Wurzelbehandlungsinstrumenten. Merkwürdigerweise sind auch hier zwei Fälle bekannt, wo die aspirierten Wurzelbehandlungsinstrumente von selbst wieder ausgeschieden worden sind. (Bauch, Inaug. Diss. Leipzig, 1934, Fall 1 und 5):

„Eine 44-jährige Frau aspirierte eine Kerr-Nadel bei der Behandlung eines unteren linken Molaren. Der behandelnde Arzt kam mit dem Mundspiegel an den Rachen an, was einen heftigen Hustenreiz verursachte, wodurch die Aspiration hervorgerufen wurde. Die Röntgenuntersuchung zeigte die Nadel in der linken Lunge, in einem kleinen Bronchus. Bronchoskopie erfolglos. Danach trat eine Bronchopneunomie auf, die 8 Tage

dauerte. 7 Monate nach der Aspiration fühlte die Patientin in der Gegend der linken Lunge heftige Schmerzen und 2 Tage nachher hustete sie die Nadel aus."

„Am 19. II. 1931 aspirierte der Patient eine Nervnadel, die sofort im Röntgenbilde in einem Bronchialast des rechten Unterlappens festgestellt wurde. Der Patient wurde in der Nacht zum 20. II. nach Berlin zu mir geschickt. Kurz vor Potsdam hatte er die Nadel bei einem heftigen Hustenanfall ausgespuckt."

Dagegen findet man hin und wieder Fälle, in denen Kronen, Kronenringe, Facetten und extrahierte Zähne in die Lungenwege gekommen sind. Hier kann ich einen besonders unangenehmen Fall als Beispiel bringen, in dem Ersatzansprüche in Höhe von RM. 60 000.— gegen einen Zahnarzt geltend gemacht wurden.

Fall 7 (Iduna-Germania):

Im März 1933 kam der Patient in die Behandlung des Zahnarztes F. in B. Es mußte eine bereits vorhandene Krone entfernt werden. Hierbei sprang diese plötzlich ab, verschwand in der Mundhöhle und konnte nicht wieder gefunden werden. Da der Patient keinen Hustenreiz oder dergleichen bekam, vermutete der Zahnarzt, die Krone sei verschluckt worden. Er verordnete eine Diät und verlangte Stuhluntersuchung. Außerdem bat er um Mitteilung über das Ergebnis. Der Patient hat nie wieder etwas von sich hören lassen, so daß der Zahnarzt annehmen durfte, die Krone sei auf natürlichem Wege ausgeschieden worden. Im Mai 1937, also nach 4 Jahren, hustete der Patient die Krone plötzlich aus. In der Zwischenzeit war er dauernd leidend. Die behandelnden Ärzte haben eine Grippe-Bronchopneumonie angenommen. Es wurden Punktionen vorgenommen und schließlich auch eine Rippenresektion, bei der 1 ½ Liter Eiter entleert wurden. Das Gerichtsverfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Zur Schuldfrage ist hier zunächst zu sagen, daß das Versenken der Krone in die Luftwege nicht als Verschulden des Zahnarztes anzusehen ist, sondern einen unglücklichen Zufall darstellt, der auch in der sorgfältigsten Praxis vorkommen kann. Für diesen ist der Zahnarzt daher nicht haftbar. Da der Zahnarzt das Verschwinden der Krone unzweideutig dem Patienten mitgeteilt und entsprechende Maßregeln zur Vermeidung von Schädigungen angeordnet hat, hat er ohne weiteres seiner Pflicht genügt. Schuld hat daher allein der Patient bzw. dessen Tochter; denn einen Tag nach der zahnärztlichen Behandlung zeigten sich plötzlich starke Hustenanfälle. Die Tochter des Patienten, die selbst Medizinerin ist, stellt eine Grippe fest. Obwohl die Tochter wußte, daß am Tage vorher bei ihrem Vater die Krone verschwunden war, kam sie nicht zu der Vermutung, daß die eingetretene Erkrankung damit in Zusammenhang stehen könnte und unterließ es daher auch, den Zahnarzt in Kenntnis zu setzen. Man darf daher annehmen, daß den Krankenhausärzten auch nichts über die Krone mitgeteilt worden ist, denn anderenfalls könnte vielleicht ein Verfahren gegen diese von Erfolg sein.

Im folgenden kann ich noch über einen Todesfall nach Aspiration eines Milchzahnes berichten (Schöffengericht in Harburg-Wilhelmsburg 2 J. 970/27 zu 25 vom 20. 3. 1928).

Fall 8 (Viktoria):

Am 28. 5. 1927 kam die Zeugin M. mit ihrem 7-jährigen Schwager in die Behandlung des Zahntechnikers K., um einen Milchzahn extrahieren zu lassen. Die Extraktion erfolgte mühelos. Der Techniker untersuchte die Mundhöhle weiter und empfahl gleich noch die Extraktion eines weiteren vereiterten Milchzahnes. Das Einverständnis hierzu wird gegeben. Die Extraktion erfolgt, aber der Zahn springt aus der Zange und fällt in den Rachen. Das Kind war infolge Rachenverengung ein Mundatmer, aspirierte dadurch den Zahn und fiel nach einigem Röcheln leblos zusammen. Es erfolgte eine sofortige Hilfeleistung durch den Techniker, die aber ohne Erfolg blieb. Nun wird sofort ein in der Nähe wohnender Sanitätsrat geholt. Dieser ist durch Zufall schon bereits nach höchstens 4 Minuten zur Stelle. Die Wiederbelebungsversuche durch diesen sind leider auch ohne Erfolg. Das Kind wird nun in das Krankenhaus eingeliefert. Hier erfolgte Öffnung der Luftröhre. Es kann aber kein Zahn gefunden werden; da auch inzwischen bereits der Erstickungstod eingetreten ist, wird ein weiteres Suchen nach dem Zahn eingestellt. (Aus den Akten der Versicherungsgesellschaft ist nicht ersichtlich, ob anschließend eine Sektion stattgefunden hat, um festzustellen, wo sich der Zahn befand.)

Das Gericht kam in diesem Falle zum Freispruch des Technikers, weil durch die Verwendung der richtigen Zange für das Entgleiten keine Fahrlässigkeit vorliegt, der gefahrdrohende Zustand durch den Zahntechniker richtig erkannt und auch die notwendigen Hilfsmaßnahmen eingeleitet worden sind. Als weiterer Entlastungsgrund wurde der bisherige gute Ruf des Technikers herangezogen.

Die **Leitungsanaesthesie** ist heute aus der täglichen Praxis nicht mehr wegzudenken. Sie wird am Tage unzählige Male ausgeführt und mag auch leicht erscheinen. Sie birgt aber eine schwere Gefahr in sich, die für Arzt und Patienten die übelsten Folgen haben kann, nämlich das Abbrechen der Injektionsnadel. Dieser Bruch gehört mit zu den schwersten Zwischenfällen, die überhaupt in der zahnärztlichen Praxis eintreten können. Es wird oft zu recht erheblichen Schadensersatzansprüchen kommen, weil die Patienten meist ein Verschulden des Arztes vermuten. Zum Glück kommt es aber fast immer zu einer Ablehnung der Ansprüche, weil es sich meist um unglückliche Zufälle handelt, und wenn der Zahnarzt nach Eintritt eines Bruches alle notwendigen Maßnahmen ergreift, kann ihm dann auch hierdurch kein Vorwurf einer Fahrlässigkeit weiter gemacht werden. Jedoch wird jeder derartige Fall stets eine schwere seelische Belastung des betreffenden Zahnarztes darstellen.

Fall 9 (Viktoria) (OLG Frankfurt v. 12. 2. 29. 1 U 45/29):

Bei einer Mandibularisanaesthesie brach die Nadel. Es blieb ein Stück von ungefähr 3—4 cm im Gewebe stecken. Die abgebrochene Nadel ist bis zum Tage des Urteiles noch nicht entfernt worden, da die Operation zu schwierig sei. Die Klage und auch die Berufung wurde vom Gericht wegen der Unmöglichkeit, ein Verschulden nachzuweisen, abgelehnt.

Die Komplikationen sind manchmal auch recht unangenehm, wie der

Fall 10 (Iduna-Germania):

zeigt. Hier mußte der Knochen aufgemeißelt werden, um das Nadel-stück, das sich am Warzenfortsatz quer gestellt hatte, entfernen zu können.

Es ist daher verständlich, daß das Schrifttum über die Ursachen und die Verhütung des Nadelbruches sehr groß ist. Die Ursachen werden ständig in einem Materialfehler, einem schadhaften Material und einer ungenügenden Injektionstechnik oder auch in einer ruckartigen Einwirkung durch den Patienten zu suchen sein. Gegen einen Materialfehler sind wir nun machtlos und müssen hier bedingungslos uns auf die Güte des Fabrikates verlassen. Es ist aber unsere Pflicht, nur von anerkannt guten Fabriken Injektionsnadeln zu kaufen. Schadhaft gewordenes Material müssen wir durch sorgfältigste Pflege und öfteres Wechseln der Nadeln ausscheiden. Vor einer unsachgemäßen Injektionstechnik müssen wir uns durch ständige Sorgfalt und Vorsicht schützen, dann kommt es zu keinem wahllosen Einstechen und wir können auch die etwaigen Bewegungen des Patienten ausgleichen. Da weiterhin der Bruch der Nadel meist an der Austrittsstelle aus dem Konus erfolgt, muß stets eine lange Nadel Verwendung finden, damit nach dem Einstich diese noch ein gutes Stück aus dem Gewebe herausragt, denn dann wird sie sich oft bei einem Bruch ohne große Schwierigkeiten mit der Pinzette wieder entfernen lassen.

Im Schrifttum wird auch immer die Frage aufgeworfen, ob man in allen Fällen den Patienten von dem Bruch unterrichten soll oder nicht, da dieser ja dem Patienten meist verborgen geblieben sein wird. Diese Frage steht im engen Zusammenhang damit, ob das Bruchstück unbedingt sofort entfernt werden muß oder ob man es liegen lassen soll, wenn es zunächst keine Reaktionen auslöst. Ich will in diesem Rahmen hierzu keine Stellung nehmen, halte es aber für eine selbstverständliche Pflicht des Zahnarztes, dem Patienten Mitteilung über das Geschehnis zu machen; denn der Zahnarzt behält ja den Patienten nicht in weiterer ständiger Beobachtung. Ich würde daher das Verschweigen eines Nadelbruches als eine schwere Fahrlässigkeit ansehen.

Der Kanülenbruch kann bei sachgemäßer Technik der Injektion wohl nie als ein Verschulden des Zahnarztes angesehen werden. Hat der Zahnarzt nach einem Bruch auch noch die erforderlichen Maß-

nahmen ergriffen, die meiner Ansicht nach darin zu bestehen haben, daß der Zahnarzt zunächst einmal selbst versucht, evtl. mit Hilfe einer kleinen Incision, die abgebrochene Kanüle zu entfernen. Mißlingt ihm dieser Versuch, hat er dem Patienten die nötige Aufklärung zu geben und ihn unverzüglich in eine fachärztliche Behandlung zu überweisen. Ist der Zahnarzt so vorgegangen, kann ihm auch in keiner Weise ein fahrlässiges Unterlassen zugeschoben werden.

Einen verhältnismäßig großen Raum nehmen auch die Ersatzansprüche ein, die auf Grund von **Nachblutungen** gestellt werden. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß diese Fälle den Patienten vermuten lassen, daß ein Fehler in der Behandlung vorliegt und daher ohne weiteres ein Verschulden des Zahnarztes nachweisbar ist.

Fall 11 (Iduna-Germania):

Bei der Ausführung einer Wurzelspitzenresektion unter örtlicher und Leitungsanaesthesie trat plötzlich eine starke Blutung auf. Die Blutung wurde geringer, hörte aber nicht ganz auf. Nach Vernähung der Wunde wurde die Patientin mit dem ausdrücklichen Bemerken entlassen, daß sie sich sofort wieder einstellen solle, wenn die Blutung wieder eintrete, jedoch müsse sie bis 20 Uhr dagewesen sein, da nach dieser Zeit eine Behandlung nicht mehr möglich sei. Am nächsten Tage erfuhr der Zahnarzt, daß in der Nacht wieder eine sehr starke Blutung aufgetreten und die Patientin dadurch in eine bedrohliche Lage gekommen sei.

Gegen den Zahnarzt wurden recht erhebliche Forderungen gestellt mit der Begründung, daß seine Versorgungsmaßnahmen unzureichend gewesen seien.

Die Versicherungsgesellschaft lehnte die Ansprüche ab, da kein Verschulden des Zahnarztes vorliegen könnte. Später hat sie entgegenkommenderweise einen Betrag von RM. 200.— zur Verfügung gestellt. Zur Schuldfrage ist zu sagen, daß rein formal dem Zahnarzt Fahrlässigkeit nicht ohne weiteres vorzuwerfen ist, da er einerseits die Patientin nicht mit einer stark blutenden Wunde entlassen und ihr auch ausdrücklich erklärt hat, daß sie bei Eintritt einer neuen Blutung sofort wiederkommen solle.

Etwas zweifelhaft bleibt nur, ob die Begrenzung des Wiederkommens bis 20 Uhr korrekt war, da Blutungen manchmal erst spät wieder einsetzen. Vielleicht hätte der betreffende Zahnarzt auf irgend eine Weise doch für die Betreuung der Patientin auch nach dieser Zeit sorgen müssen. Ich möchte ihn daher für nicht ganz schuldlos halten. Auch glaube ich, in diesem Falle vermuten zu dürfen, daß das Gericht wohl ein geringes fahrlässiges Handeln angenommen haben würde.

Fall 12 (Iduna-Germania):

Frau B. begab sich zur Entfernung eines unteren Weisheitszahnes im Februar 1936 in zahnärztliche Behandlung. Wegen einer Entzündung sollte der Zahn im Chloraethylrausch extrahiert werden. Durch eine unwillkürliche Bewegung der Patientin und die bestehende Kieferklemme rutschte

das Instrument ab und verletzte die untere Zungenseite schwer. Es trat eine starke Blutung auf, die der Zahnarzt nicht zum Stehen brachte. Nach 2 ½ Stunden übergab der Zahnarzt die Patientin einem praktischen Arzt. Gegen den Zahnarzt wird Klage erhoben mit der Begründung, daß er seine unzulänglichen Stillungsversuche zu lange ausgedehnt habe. Er hätte sofort nach dem Auftreten einer so starken Blutung die Patientin in spezialärztliche Behandlung bringen müssen. Der Gerichtssachverständige Prof. H. in Berlin sagte, daß dem Zahnarzt aus dem Abgleiten des Hebels keine Schuld zugesprochen werden kann, auch sei der Zahnarzt berechtigt gewesen, den Versuch zu machen, die Blutung selbst zu stillen. Wenn dieser Versuch nicht gelang, so ist ihm dies umso weniger zum Vorwurf zu machen, weil es ja auch dem Dr. L. und dem später noch hinzugezogenen Dr. S. nicht gelang, die Blutung zu stillen. Erst in der Charité sei dies dann unter reichlicher Assistenz möglich gewesen. Die Klage wurde daraufhin vom Gericht abgelehnt.

Auch nach meiner Auffassung kann hier dem Zahnarzt keine Fahrlässigkeit vorgeworfen werden, da er ohne jeden Zweifel berechtigt war, zunächst zu versuchen, selbst der Blutung Herr zu werden.

Fall 13 (Iduna-Germania):

Auch dieser Fall spricht voll zu Gunsten des Zahnarztes. Bei einem operativen Eingriff sind unglücklicherweise Gefäße verletzt worden, die zu einer erheblichen Blutung führten. (Aus den Akten konnte ich nicht entnehmen, welcher Art der Eingriff war.) Die Blutung konnte gestillt und die Patientin aus der Behandlung entlassen werden. Sie erhielt selbstverständlich Verhaltungsmaßregeln für den Fall, daß die Blutung wieder auftrat. Nachts trat auch tatsächlich wieder eine Blutung ein. Die Patientin versuchte aber diese selbst zu stillen. Am anderen Tage konnte nur ein chirurgischer Eingriff den Tod verhindern. Die Ersatzansprüche beliefen sich ins Unermeßliche. Der Anspruch mußte aber abgelehnt werden, da der Zahnarzt ja alles getan hatte, was er überhaupt tun konnte. Später hat sich dann die Patientin mit einer ganz geringfügigen Entschädigung zufrieden geben müssen, weil sie ja einsehen mußte, daß der Zahnarzt ganz korrekt vorgegangen war.

Fall 14 (Iduna-Germania):

Hier kam es nach einer Extraktion zu einer starken Blutung und kurze Zeit später zum Exitus. Es wurde festgestellt, daß die Blutungen nie einen bedrohlichen Charakter angenommen hatten und die Versorgung sachgemäß und ausreichend war. Der Tod ist durch Herzlähmung eingetreten. Die Extraktion erfolgte auf Weisung eines praktischen Arztes, der damit einer oralen Sepsis Einhalt gebieten wollte. Die Klage wurde daher abgewiesen.

Wesentlich ungünstiger liegen für den Zahnarzt die Blutungen rechtlich, wenn es sich um sogenannte Bluter handelt.

Fall 15 (Iduna-Germania):

Bei der Behandlung einer Stomatitis ulcerosa kam es zu einer Blutung. Trotz sofortiger Stillung trat diese nach zwei Tagen erneut auf. Später erfuhr der Zahnarzt, daß eine weitere Blutung eingetreten sei und der Patient wegen großer Schwäche in ein Krankenhaus überführt worden war. Im Auftrage der Versicherungsgesellschaft erstattete Prof. H. in

Berlin ein Gutachten dahin ab, daß der behandelnde Zahnarzt lege artis gehandelt habe, wenn ihm der Patient nur gesagt habe, er sei ein Bluter. Weitere Ermittelungen ergaben aber dann, daß der Patient ausdrücklich und wiederholt gesagt hat, daß bei ihm fast bei jeder geringfügigen Einwirkung lebensbedrohliche Blutungen aufgetreten sind. Auf Grund dieser Erhebung hat also der betreffende Zahnarzt zweifellos fahrlässig gehandelt. Er hätte die Behandlung ablehnen oder sie in einem Krankenhaus vornehmen müssen. In diesem Falle hat die Versicherungsgesellschaft RM. 400.— für erhobene Ansprüche zahlen müssen.

Die Fälle zeigen eindeutig, daß zahnärztlicherseits den Nachblutungen immer die nötige Beachtung geschenkt werden muß, wenn man sich vor unliebsamen Auseinandersetzungen schützen will. Auch erfordert es wohl die ärztliche Ethik, in solchen Fällen lieber ein wenig zu korrekt zu sein.

Da aber in Patientenkreisen oft der zahnärztliche operative Eingriff als geringfügig und harmlos eingeschätzt wird, ist es erklärlich, daß vielfach die Ermahnungen und erteilten Vorsichtsmaßregeln der Zahnärzte als übertrieben angesehen und daher auch wenig beachtet werden. Es ergibt sich daher für den Zahnarzt die Verpflichtung, möglichst prägnant und mit einem gewissen Nachdruck seine Ermahnungen zu geben. Welche Folgen die Geringschätzung eines operativen Eingriffes durch den Patienten haben kann, zeigt folgender Fall. Dieser hat allerdings keine Haftpflichtansprüche nach sich gezogen, und ich erwähne ihn daher nur als Ergänzung.

Fall 16 (Dr. H. in L.):

Dr. H. mußte bei einem Patienten einen unteren verlagerten Weisheitszahn operativ entfernen. Die Wundheilung war normal. Am dritten Tage nach dem Eingriff nahm der Patient an einem Tennisturnier teil. Am Abend stellte sich eine sehr starke Blutung ein, die eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich machte, obwohl der Patient kein Bluter ist.

Es ist hier wohl offensichtlich, daß diese starke Nachblutung durch die große körperliche Beanspruchung bedingt war, zu der sich der Patient eben auf Grund seiner Geringschätzung des zahnärztlichen Eingriffes hat hinreißen lassen.

Zu meiner großen Überraschung mußte ich auch einige unangenehme **Schädigungen durch Solluxbestrahlungen** feststellen, obwohl doch ganz allgemein — auch von manchen Versicherungsgesellschaften — diese Spezial-Lampen als ganz gefahrlos angesehen werden. Besonders führen natürlich diese Schädigungen bei weiblichen Patienten zu hohen Ersatzansprüchen, da meist eine Gesichtsentstellung eintritt.

Fall 17 (Iduna-Germania):

Dr. D. bestrahlte nach einem operativen Eingriff im Oberkiefer einen Patienten mit der Sollux-Lampe. Nach zwei Tagen zeigte sich eine dicke,

mit hellem Serum gefüllte Blase. Die Abheilung dauerte mehrere Tage und verhinderte den Patienten, seiner Arbeit nachzugehen. Zur Abgeltung der Ansprüche mußten RM. 100.— gezahlt werden.

Fall 18 (Iduna-Germania):

Frl. H. erlitt durch die Bestrahlung mit einer Sollux-Lampe eine Verbrennung zweiten Grades am Kinn. Infolge der vorausgegangenen Anaesthesie konnte die Patientin nicht die Verbrennung merken. Nach der Bestrahlung zeigte sich eine fünfmarkstückgroße Blase, die auf Veranlassung der Versicherungsgesellschaft von einem Spezialarzt geöffnet wurde. Um einer eingetretenen Eiterung Einhalt zu gebieten, mußte ein zweiter, tiefer Einschnitt gemacht werden. Dieser führte schließlich zu einer nicht unerheblichen Narbenbildung. Später wurde dann noch eine Korrektur der Narbe vorgenommen, aber trotzdem blieb eine ansehnliche Entstellung zurück. Die Versicherungsgesellschaft sah ein Verschulden des Zahnarztes als erwiesen an und erfüllte die Ansprüche der Patientin in Höhe von RM. 750.—.

Die Fälle zeigen, daß auch mit der harmlosen Sollux-Lampe größte Vorsicht geboten ist, da diese Schädigungen meist zu Lasten des Behandelnden gehen müssen, zumal wenn er kurz nach einer Injektion bestrahlt.

Durch leichtfertiges Umgehen mit den **Medikamenten,** die wir für unsere Behandlung gebrauchen, kommt es auch zu Verletzungen. In den meisten Fällen werden diese leichterer Natur und sofort durch eigene Gegenmaßnahmen zu beseitigen sein. Jedoch zeigt die Versicherungspraxis, daß auch hier gelegentlich Schadensersatzansprüche gestellt werden. In den meisten Fällen wird es sich darum handeln müssen, den Fall auf gütlichem Wege zu regeln, da man oft eine gewisse Nachlässigkeit des Behandelnden wird annehmen müssen.

Fall 19 (Iduna-Germania):

Frl. M. erlitt bei der Behandlung mit Salpetersäure eine Verletzung der Oberlippe, die zu einer pflaumengroßen Narbe führte. Beansprucht wurden RM. 1 000.—, aber man einigte sich auf Zahlung von RM. 400.—.

Fall 20 (Iduna-Germania):

Eine Patientin verspürte plötzlich während der Behandlung ein heftiges Brennen am Mundwinkel. Es zeigten sich zwei Stellen offensichtlicher Verätzung, die sofort vom Zahnarzt behandelt wurden. Die Ermittlungen ergaben, daß der Zahnarzt versehentlich ein Fläschchen mit Kreosot umgeworfen hatte. Unglücklicherweise muß an den Behandlungsinstrumenten etwas Flüssigkeit haften geblieben sein. Es mußten RM. 200.— gezahlt werden.

Fall 21 (Viktoria):

Dieses Ereignis zeigt, daß auch noch wesentlich unangenehmere Folgen möglich sind. Beim Einführen eines sehr flüssigen Zementes kam ein Tropfen in das Auge der Patientin. Da sofort sehr starke Schmerzen auftraten, wurde die Patientin im Auto zu einem Augenarzt gebracht. Es machte sich eine längere Behandlung des Auges notwendig. Der Fall wurde schnell beigelegt, da sich die Patientin mit der Bezahlung der Augenarzt-Rechnung zufrieden gab und keine Forderungen weiter stellte.

Fall 22 (Viktoria):

Dieser Fall zeigt, daß sich nicht alle Fälle sofort auf gütlichem Wege bereinigen lassen. Durch Chlorphenol war eine geringfügige Verletzung eingetreten; der Patient glaubte, daß eine grobe Fahrlässigkeit des betreffenden Zahnarztes vorgelegen habe und reichte die Klage ein. Jedoch verweigerte ihm das Amtsgericht in Berlin-Charlottenburg wegen Aussichtslosigkeit das Armenrecht. (10 C 1483/35 v. 21. 10. 1935.)

Nicht allzu selten kommt es auch zu **Verletzungen** der Mundschleimhäute **durch ungeschützte Schleifkörper.** In den meisten Fällen wird es sich wohl auch hier um leichtere Verletzungen handeln, die zu keinen größeren Ersatzansprüchen führen werden und die auch in der gewissenhaftesten Praxis sich einmal einstellen.

Fall 23 (Viktoria) LG Nürnberg IV A 136/25 v. 11. 3. 1936:

Beim Beschleifen eines Zahnstumpfes gleitet der Schleifstein ab und verletzt den Mundboden. Das Gericht kam auf Grund des Gutachtens des Sachverständigen zu der Überzeugung, daß dem Zahnarzt kein Verschulden vorgeworfen werden kann und weist daher die Klage ab.

Fall 24 (Viktoria):

Bei der Behandlung mit einer Horico-Stahlscheibe wurde einer Patientin die linke Seite der Lippe etwa 1—2 cm durchtrennt. Der entstandene Schaden war sehr gering und dadurch konnten die Ansprüche mit RM. 80.— gedeckt werden.

Unangenehm wird es nur, wenn es zu größeren Verletzungen kommt, da dann in der Rechtsprechung meist ein Verschulden des betreffenden Zahnarztes angenommen wird.

Fall 25 (Iduna-Germania):

Beim Schleifen an der lingualen Seite eines unteren Prämolaren verwickelte sich der Schleifstein, trotz Abhaltens der Zunge mit einem Mundspiegel, im Mundboden und verletzte die Speicheldrüse schwer. Der Schleifstein konnte nur mit Schere und Pinzette mit großer Mühe entfernt werden. Die Heilung nahm längere Zeit in Anspruch, während dieser Zeit litt der Patient besonders an Ernährungsstörungen. Da in diesem Falle ohne Zweifel eine Unachtsamkeit des betreffenden Zahnarztes anzunehmen war, suchte die Versicherungsgesellschaft die Angelegenheit auf gütlichem Wege beizulegen und dieses gelang durch Zahlung von RM. 600.—. Auch die Gutachter stehen auf dem Standpunkt, daß bei schwereren Verletzungen wohl immer eine Schuld des Behandlers vorliegt, wie die folgende Gerichtsentscheidung zeigt:

Fall 26 (Viktoria) (OLG Celle, 6. Zivils. [6 U 125/37] v. 15. 12. 1937):

Ein Dentist bearbeitet einen unteren Weisheitszahn mit einem Schleifstein. Dieser gleitet ab und verletzt die Zunge schwer. Der Dentist behauptet, die Patientin habe eine plötzliche starke Schluckbewegung gemacht. Die Patientin bestreitet dieses und behauptet, der Dentist habe die gebotene Sorgfalt nicht beachtet. Der Dentist wurde verurteilt. Die Berufung beim Landgericht hatte auch keinen Erfolg. Es wurde hier ausgeführt:

„Für die Entscheidung kann in Übereinstimmung mit den Sachverständigen unterstellt werden, daß besondere Schutzmaßnahmen, wie das Einlegen von Watterollen, die Einspannung eines Gummituches zur Isolierung des Zahnes, die Anwendung von Wangen- und Zungenhalter oder die Hinzuziehung einer Hilfskraft bei den Schleifarbeiten nicht notwendig waren. Auch gegen die Benutzung eines Schleifwerkzeuges ohne „Scheibenschutz" läßt sich nach Ansicht des Sachverständigen nichts einwenden. Die einzige Möglichkeit für den Beklagten, Verletzungen zu vermeiden, bestand dann in der Vorsicht und der Geschicklichkeit, mit der er die Schleifwerkzeuge handhabte."

Das Oberlandesgericht führte in seinem Urteil aus:

„Unstreitig ist der Beklagte mit dem Schleifstein abgerutscht und hat hierdurch die Verletzung verursacht. Zugunsten des Beklagten mag angenommen werden, daß die Klägerin im selben Augenblick eine Schluckbewegung gemacht und hierdurch erst die Schwere der Verletzung ermöglicht hat. Beide Ursachen, auf deren Zusammenwirken der eingetretene Schaden zurückzuführen ist, sind jedem, der die Zahnheilkunde praktisch ausübt, als stete Gefahrenquellen bekannt. Der Zahnbehandler muß daher auf solche Dinge gefaßt sein und mit seiner Geschicklichkeit diese ausschalten, was durchaus möglich ist. Da die Verletzung so schwer sei, wie sie an sich selten vorkäme, bleibt als Erklärung hierfür nur die Annahme, daß der Beklagte, sei es bei der Handhabung des Schleifsteines, sei es bei der Beobachtung des Mundbodens, nicht die notwendige Sorgfalt angewandt hat. Nach allem trifft also den Beklagten ein Verschulden."

Meiner Überzeugung nach muß bei den Schleifkörpern eine strikte Trennung von Stahlscheiben und sonstigen Schleifkörpern gemacht werden. Die Verwendung der Stahlscheiben ohne einen Scheibenschutz stellt wohl doch eine gewisse Fahrlässigkeit dar, während die anderen Schleifinstrumente ohne Zweifel keines Schutzes bedürfen.

Recht erhebliche Ansprüche werden auch häufiger bei **Kieferfrakturen** und **Kieferluxationen** gestellt. Die Kieferfrakturen sind wohl das Gebiet, wo von den Zahnärzten am meisten gegen das Gebot verstoßen wird, sofort nach Eintritt des Schadens ausreichende und richtige Maßnahmen zur schnellen und sicheren Behebung zu ergreifen.

Fall 27 (Iduna-Germania):

Der Iduna wurde eine Kieferfraktur gemeldet, wo zunächst der Zahnarzt selbst versucht hatte, z. T. mit ungenügenden Maßnahmen der Verletzung Herr zu werden. Hierdurch ist die sachgemäße Behandlung recht lange hinausgezögert worden und dadurch sind für den Patienten schwere Dauerschäden eingetreten. Die Fraktur erfolgte 1936 bei der Ausmeißelung eines verlagerten unteren Weisheitszahnes. Der Zahnarzt hat trotz der durch die Röntgenaufnahme ersichtlichen Gefahrenmomente mit dem Meißel erhebliche Kraft angewandt und dadurch die Fraktur bedingt. Es mußten in diesem Falle RM. 1 000.— für Operationen und RM. 2 500.— als Entschädigung gezahlt werden.

Es ist meiner Ansicht nach nur zu berechtigt, daß die Gutachter strikte auf dem Standpunkt stehen, daß bei Eintritt einer Fraktur der Patient sofort in spezialärztliche Behandlung, nach Möglichkeit einer Universitätsklinik, zu überweisen ist. Es bleibt nun noch die Frage offen, wie es mit der Haftung für die Fraktur selbst steht. Hier werden selbstverständlich immer die anatomischen Verhältnisse eine große Rolle spielen und von Fall zu Fall besonders zu prüfen sein. Z. B. würde bei einer Fraktur, die bei der Ausmeißelung eines verlagerten Zahnes eingetreten ist, zu prüfen sein, ob ein Röntgenbild angefertigt und richtig ausgewertet ist.

Zusammenfassung.

Die aufgezeichneten Haftpflichtfälle zeigen eindeutig, daß in der zahnärztlichen Praxis Mißgeschicke vorkommen und zu recht erheblichen Ersatzansprüchen führen können. Es ergibt sich hieraus für den Zahnarzt die Folgerung, daß er mit peinlichster Gewissenhaftigkeit arbeiten muß, um die Mißgeschicke möglichst weitgehend auszuschalten und die Patienten vor unnötigen Schädigungen zu bewahren. Andererseits muß jede Beurteilung dieser Mißgeschicke von zahnärztlicher Seite auch klar, sachlich und nicht übertrieben sein, um der Standesethik der Zahnärzteschaft nicht schweren Schaden zuzufügen und die Patienten nicht zu unbegründeten und überheblichen Forderungen zu verleiten.

Literaturverzeichnis.

Amersbach: Gebißerkrankungen und zahnärztliche Maßnahmen in ihren Beziehungen zu den Luftwegen und oberen Speisewegen, mit besonderer Berücksichtigung der Fremdkörper. Z. R. 1932, Nr. 8.

Bauch: Über Aspiration und Verschlucken von Wurzelkanalinstrumenten und deren Verhütung. Inaug.-Diss. Leipzig 1934.

Breternitz: Kunstfehler in der konservierenden Zahnheilkunde. Inaug.-Diss. Erlangen 1923.

Cordes: Zahnärztliche Behandlung und Körperverletzung. Z. R. 1934, Nr. 14.

— Zahnärztliche Pflichtfragen. Z. R. 1937, Nr. 2.

Coermann-Wagner: Deutsches Ärzterecht. 1938.

Dreykluft: Kunstfehler und üble Zufälle in der konservierenden Zahnheilkunde. Inaug.-Diss. Köln 1921.

Dettmann: Die Kunstfehler in der konservierenden Zahnheilkunde. Inaug.-Diss. Erlangen 1929.

Eicken, v.: Über die Aspiration von Zahnwurzelnadeln und ihre Verhütung. DZW. 1933 S. 147.

Eisfeld: Kunstfehler in der Zahnheilkunde. D. M. f. Z. 1932, S. 923.

Euler: Zum Kapitel Kanülenbruch bei Mandibularisanaesthesie. DZW. 1937, Nr. 35.

Ebermayer: Der Arzt im Recht. Georg Thieme. Verlag. Leipzig.

Flohr: Anatomisch-klinische Studien über den Bruch der Mandibularis-Nadeln. Z. R. 1933, Nr. 11.

Hesse: Das Verschlucken einer Nervnadel. Z. R. 1926, Nr. 27 und 46.

Herzog: Verhütung der Aspiration von Wurzelkanalinstrumenten. Z. R. 1934, Nr. 14.

Hoenig: Aus der zahnärztlichen Gutachtertätigkeit. DZW. 1935, Nr. 12.

Juristische Wochenschrift: 1932, Heft 45/46, S. 3304/3305.

Koenig: Haftpflicht des Arztes. 1937.

Lang: Dentistische Rechtskunde.

Loos: Klinisches und Forensisches über das Abbrechen der Kanüle bei Mandibularisanaesthesie. D. M. f. Z. 1929, S. 721—730.

Lipschitz: Ist die Aspiration von Wurzelkanalinstrumenten bei zahnärztlicher Behandlung zu verhüten? Z. R. 1934, Nr. 2.

Link: Die Unfallbegutachtung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Verlag Meußer 1936.

Neumann: Üble Zufälle in der täglichen Praxis. Berlinische Verlagsanstalt 1938.

— Anatomisch-klinische Studien über den Bruch der Mandibularis-Nadel Z. R. 1932, Nr. 34.

Oppikofer: Über Fremdkörper in der Speiseröhre. Schweiz. med. Wochenschr. 1934, Nr. 28.

Opitz: Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte. 1926.

Pachner: Nadelschutz. Z. R. 1936, Nr. 8.

Rebel: Einige kritische Bemerkungen zum Problem des Kanülenbruches. DZW. 1933, S. 363.

Ritter: Schwere Folgen des Abbrechens einer Injektionsnadel. Z. R. 1930, Nr. 46 und 1931, Nr. 1.

— Gutachten aus der gerichtlichen Praxis. Z. R. 1931, Nr. 31.

— Weitere Gutachten aus meiner Sachverständigentätigkeit. Z. R. 1932, Nr. 24.

Ritter-Korn: Deutsches Zahnärzte-Recht. Berlinische Verlagsanstalt 1930.

Rast: Kunstfehler. Z. R. 1931, Nr. 12.

Schorr-Goldberger: Nadelfrakturen, deren Behandlung und forensische Bedeutung. Zeitschr. f. Stomat. 1931, Nr. 3.

Scheuer: Ist das Arbeiten mit der Stahlkarboscheibe ohne Schützer ein Kunstfehler? Z. R. 1931, Nr. 8.

Stenger: Rechtliche Erwägungen über Fälle aus der zahnärztlichen Praxis. DZW. 1935, S. 127—130, 150—155.

Steinkamm: Läßt sich ein Bruch von Injektionsnadeln vermeiden? DZW. 1933, S. 513.

— Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen und deren Entfernung. DZW. 1934, Nr. 31.

Tüxen: Schadenszufügung und zivilrechtliche Haftung in der zahnärztlichen Praxis. Inaug.-Diss. Kiel.

Wehlau: Verhütung der Aspiration von Wurzelkanalinstrumenten. Z. R. 1934, Nr. 15.

— Ist das Schleifen mit der Stahlkarboscheibe ohne Scheibenschutz ein Kunstfehler? Z. R. 1931, Nr. 3.

Vogel: Die zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Zahnarztes für Kunstfehler und die wichtigsten Fälle von Kunstfehlern. Inaug.-Diss. Heidelberg 1930.

Zwiebler: Das Entgleitenlassen einer Nervnadel ein Kunstfehler? Z. R. 1937, Nr. 39.

Gerichtsakten.

Haftpflichtakten der Versicherungsgesellschaften:

Iduna-Germania,

Viktoria,

Städte-Feuersozietät der Provinz Sachsen.

Lebenslauf.

Am 22. Dezember 1908 wurde ich als Sohn des Konrektors Gottlob Haberkorn und seiner Ehefrau Anna, geb. Stumpf, in Halle/S. geboren. Nach einer dreijährigen Mittelschulzeit besuchte ich von Ostern 1918 die Lateinische Hauptschule in Halle/S. und bestand am 30. März 1928 die Reifeprüfung. 1928/29 war ich in Halle/S. als Studierender der neueren Sprachen immatrikuliert. Ich wollte im Frühjahr 1929 als Seeoffiziersanwärter in die damalige Reichsmarine eintreten. Mangels freier Etatstellen konnte meine Einstellung aber nicht erfolgen. Ich studierte daher nun vom S. S. 1929 an in Halle/S. Zahnheilkunde (8 Semester). Am 22. April 1931 bestand ich die zahnärztliche Vorprüfung und am 26. Januar 1933 die zahnärztliche Prüfung mit „gut". Seit dem 1. März 1933 bin ich in Halle/S. in eigener Praxis als Zahnarzt tätig.